■　様式第34号の11（表面）　■

労働者災害補償保険　特別加入申請書（海外派遣者）

帳票種別 3 6 2 3 1

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。
※印の欄は記載しないでください。（職員が記載します。）

※受付年月日	元号　年　月　日 7 平成　1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

① ※第３種特別加入に係る労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

② 団体の名称又は事業主の氏名（事業主が法人その他の団体であるときはその名称）

③ 申請に係る事業

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

名称（フリガナ）

名称（漢字）

事業場の所在地

事業の種類

④ 特別加入予定者　　加入予定者数　計　　名

＊この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。

特別加入予定者	派遣先		派遣先の事業において従事する業務の内容（業務内容、地位・役職名、労働者の人数及び就業時間など）	希望する給付基礎日額
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日　年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日　年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日　年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日　年　月　日	事業場の所在地			円

⑤ 特別加入を希望する日（申請日の翌日から起算して14日以内）　　年　月　日

折り曲げる場合には（▶）の所で折り曲げてください。

上記のとおり特別加入の申請をします。

年　月　日

労働局長　殿

郵便番号　－　　電話番号　－　－

団体又は事業主の住所

団体の名称又は事業主の氏名　　印

（法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）

■